11

Acht Fälle

von

Wangenschleimhautcarcinom.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg

vorgelegt von

Rudolf Wulff,

prakt. Arzt

aus Wickede, Landkreis Dortmund.

MARBURG

Buchdruckerei Fr. Sömmering

1892.

Seinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30587852

Es giebt wohl keine Geschwulst, über welche mehr geschrieben worden ist, wie gerade über das Carcinom. Und das mit Recht. Ist doch der Krebs nach der Tuberculose die gefürchtetste und gefährlichste Krankheit, welche den Menschen befällt und so manchen, wenn nicht im Anfang direkt diese böse Geschwulstform erkannt und mit dem Messer gründlich beseitigt wird, dahinrafft. Schon seit langer Zeit haben sich die Gelehrten mit grosser Energie dem Studium über das Carcinom gewidmet und verschiedene Theorien, vor allem die *Virchow*'sche und *Cohnheim*'sche sind aufgestellt und allgemein bekannt. Besonders viel ist über Praedilectionsstellen des Krebses geschrieben worden. Es sind mühsame und viel Arbeit in Anspruch nehmende Statistiken angefertigt worden, Statistiken, welche gerade für eine so gefährliche Geschwulst von ungemein grossem Vorteile sind. Welcher Arzt denkt jetzt nicht bei Betrachtung einer Geschwulst oder auch blos einer kleinen unscheinbaren Verdickung an der Lippe, der Mamma oder der Portio vaginalis an das ihm ominös klingende Wort Carcinom und sucht in Anbetracht

der wichtigen Frage die richtige Diagnose zu stellen, um frühzeitig genug dauernd helfen zu können.

Doch nicht nur über Praedilectionsstellen des Carcinoms ist gearbeitet worden, sondern auch auf andere Stellen, an denen Krebs seltener vorkommt, ist hingewiesen worden, so auch auf die Wangenschleimhaut. Es sei mir nun im Folgenden gestattet, etwas näher auf das Carcinom der Wangenschleimhaut einzugehen.

Beim Durchsehen der Statistiken über Vorkommen des Carcinoms ist die Wange oft, höchst selten aber die Wangenschleimhaut als Sitz des Carcinoms angeführt worden. Es unterliegt nun wohl keinem Zweifel, dass hier und da in der That Carcinome, die ihren Ausgang von der Wangenschleimhaut genommen, einfach als Carcinome der Wange aufgeführt worden sind, und deshalb bieten die älteren Statistiken über Carcinome in dieser Hinsicht einen nicht genügenden oder sogar ganz unbrauchbaren Anhaltspunkt. Erst nachdem besonders auf die Carcinome der Schleimhäute aufmerksam gemacht, sind vereinzelte Fälle von Wangenschleimhautcarcinom mitgeteilt worden. Bei Durchsicht der Litteratur habe ich nur einige wenige Fälle gefunden.

Dr. *Alsberg* (Archiv für klinische Chirurgie, Band 28, p. 730) teilt aus dem israelitischen Krankenhause zu Hamburg unter 33 Carcinomen, die vom 1. October 1879 bis 31. December 1881 zur Behandlung kamen, einen Fall von Carcinom der Wangenschleimhaut mit, den ich hier mitteilen möchte.

I. H., 42 Jahre alt, aufgenommen am 4. August 1880. Markstückgrosse Ulceration in der Schleim-

haut der rechten Wange seit 6 Wochen. Exstirpation, plastische Deckung. Geheilt entlassen. Bis zum 28. März 1882 kein Recidiv. Diagnose: Epithelialcarcinom.

Bonde Hugo: Zur Statistik der Carcinome der oberen Gesichtsgegend. Archiv für klinische Chirurgie, Band 36, liefert eine Uebersicht über 131 von 1877 bis 1884 von *Czerny* operierte Fälle von Carcinom der oberen Gesichtsgegend. Der Sitz des Leidens war:

40 Mal die Nase,
31 „ die Wangenhaut,
21 „ die Stirn und Schläfe,
13 „ der Oberkiefer,
13 „ die Augenlider,
6 „ die Wangenschleimhaut,
5 „ die Ohren,
2 „ die Oberlippe.

Bei *Gurlt* (Beiträge zur chirurgischen Statistik. Archiv für klinische Chirurgie, Band 25) sind unter 11 131 Carcinomen merkwürdigerweise keine der Wangenschleimhaut aufgeführt. Unter 778 primären Carcinomen beobachtete *Küster* 4 Fälle von Wangenschleimhautcarcinom. (Augusta-Hospital [1871—1885]).

Oberst berichtet über 2 Fälle von Wangenschleimhautcarcinom in der Deutsch. med. Wochenschrift, J. 1890, und spricht über die Behandlung der Wangenschleimhautdefekte.

Gersuny Robert (Centralblatt für Chirurgie 38) erwähnt einen Fall von recidivierendem Schleimhautkrebs der rechten Wange, bei dessen Exstirpation die ganze Wangenschleimhaut jener Seite fortfiel und

der Ersatz derselben durch einen der Halshaut entnommenen dreieckigen Lappen gemacht wurde. Am ausführlichsten berichtet *Küster* in der Deutsch. med. Wochenschrift, Jahrg. 1885:

Zur Behandlung der Carcinome der Wangenschleimhaut und der Seitenwand des Pharynx.

In der Regel tritt das Carcinom der Wangenschleimhaut in Form eines zerklüfteten markigen Geschwürs auf. *Küster* unterscheidet jedoch drei besondere Typen:

1) Es entstehen schildförmige, über die Oberfläche hervorragende, aber tiefgreifende Infiltrationen, welche lange Zeit einen glatten Ueberzug bewahren.

2) Auf einer Schleimhaut, welche an Psoriasis bucalis erkrankt ist, entwickelt sich eine mehr flache Infiltration, welche an einem Punkte zerfällt und ein kraterförmiges Geschwür entstehen lässt. Solche Geschwüre befinden sich mit Vorliebe in der Nähe des Mundwinkels.

3) Es entsteht ein umschriebener Knoten, dessen Oberfläche schnell zerfällt und einem Geschwüre Platz macht mit erhabenem Grunde, der mit zerklüfteten, papillären Auswüchsen bedeckt ist. Diese letztere Form findet sich an allen Punkten der Wangenschleimhaut, jedoch mit Vorliebe in der Bucaltasche.

Es möge mir nun gestattet sein, acht Fälle von Wangenschleimhautcarcinom, von denen Herr Geheimrat Prof. Dr. *Küster* sieben im Augusta-Hospital in der Zeit von 1886—1890, einen Fall zu Marburg

behandelte und mir gütigst zur Verfügung stellte, zu veröffentlichen.

Fall I. Kirchstein, Fanny, 40 Jahre alt, aufgenommen am 9. Februar 1886.

Anamnese: Vor drei Wochen bemerkte Patientin eine kleine Geschwulst in der rechten Wangenschleimhaut, welche aufbrach und vom Zahnarzt geätzt wurde. Seit einiger Zeit sind Störungen beim Sprechen vorhanden.

Status praesens: Gegenüber dem vorletzten Backzahn befindet sich an der rechten Wangenschleimhaut ein 20-Pfennigstück grosses, zerklüftetes Geschwür. Dasselbe zeigt lappige Ränder und einen belegten Grund. Drüsenschwellungen sind nirgends nachzuweisen.

Operation am 11. Februar.

Es wird am hängenden Kopf das Geschwür excidiert und die Wundhöhle mit Jodoformmull tamponiert.

18. Februar. Patientin wird mit rein granulierender Wundhöhle entlassen. Dieselbe hat sich bereits sehr verkleinert.

Makroskopische Untersuchung: In der rechten Wangenschleimhaut befindet sich ein 20-Pfennigstück grosses zerklüftetes Geschwür, welches nicht in die Tiefe greift.

Mikroskopische Untersuchung: Es sind deutlich verlängerte Epithelzapfen vorhanden, welche nicht in die Submucosa übergreifen; die Submucosa ist teilweise mit Wanderzellen infiltriert.

Fall II. Kublank, 70 Jahre alt, Landwirt aus Glöwen bei Havelberg, aufgenommen am 2. September 1887.

Anamnese: Patient bemerkt seit 7 Jahren eine linsengrosse Anschwellung an der Innenfläche der linken Wange, die sich zum Geschwür ausbildete und grösser wurde. Patient hatte nie Schmerzen beim Essen; nur verspürt er hin und wieder ein rheumatisches Ziehen in der Wange. Das Geschwür setzte sich auf den hinteren Teil des linken Unterkiefers fort. Patient hatte nie üblen Geruch aus dem Munde. Das Geschwür blutete weder, noch eiterte es jemals.

Status praesens: Hagerer, sonst wohl aussehender alter Mann mit Arteriosclerose. In der linken Schleimhauttasche zwischen den beiden Kiefern, an denen daselbst die Back- und Mahlzähne vollständig fehlen, befindet sich ein längliches, circa 3 cm langes, $1^1/_2$ cm breites zerklüftetes Geschwür, welches die Schleimhaut zerstört hat und mit der Bucalfascie verwachsen ist, nach unten auf die Innenseite des Alveolarfortsatzes des Unterkiefers übergreift, ungefähr in der Ausdehnung der fehlenden Back- und Mahlzähne. Die Infiltration reicht am Mundboden bis nahe an den inneren, unteren Rand des Unterkiefers. Nach hinten reicht das Geschwür bis an den Arcus glossopalatinus, welcher selbst intakt ist. Der Mund wird normal weit geöffnet. Eine submaxillare Drüse zeigt eine gut bohnengrosse Anschwellung.

3. September Operation.

Es wird die Tracheotomie mit Tamponade der Trachea gemacht, dann ein Schnitt vom linken Mundwinkel bis an den Kieferwinkel geführt, von da nach

abwärts bis zum Sterno-cleido-mastoideus. Dann wird bis auf den Unterkiefer durchpräpariert und der Kieferast mit der Kettensäge durchsägt und im Gelenke exartikuliert, was ohne Schwierigkeiten gelingt. Dann wird die Mundschleimhaut gespalten, das Geschwür umschnitten. Es zeigt sich, dass das Carcinom weit auf den Unterkiefer übergreift und es wird deswegen derselbe bis an den ersten linken Schneidezahn reseciert. Die Auslösung des durchsägten Kieferstückes geschieht ohne nennenswerte Blutung. Es werden dann noch einige Drüsen von derselben Wunde aus entfernt, die Wunde dann mit Jodoformmull tamponiert, aussen zum grössten, innen zum kleineren Teile genäht. Die Canüle schloss schlecht. Es floss viel Blut in die Trachea. Der Puls ist nach der Operation gut.

6. September. Die Canüle wird am folgenden Morgen entfernt. Bis jetzt ist das Befinden des Patienten ein gutes, nur starke Tracheitis und Bronchitis.

19. September. Während die Bronchitis sich allmählich zurückbildet und die Temperatur normal wird, schwinden die Kräfte zusehends. Patient stirbt in letzter Nacht.

Makroskopischer Befund: Auf der Schleimhaut sitzt mit breiter Basis ein etwa haselnussgrosser, pilzförmiger, ziemlich weicher Tumor. Die Schleimhaut an seiner Basis und in der Umgebung ist infiltriert. Die Infiltration geht in den Unterkieferknochen hinein in der Mitte des Alveolarfortsatzes.

Mikroskopischer Befund: Plattenepithelkrebs (Cancroid) mit chronisch entzündlicher Infiltration des umgebenden Bindegewebes.

Fall III. Reimnitz, Friedrich, Stellmacher, 48 Jahre alt, aufgenommen am 26. October 1888.

Anamnese: Patient stammt aus gesunder Familie. Lues hat er nie gehabt. Auch giebt er an, dass niemals Krebs in seiner Familie vorgekommen sei. Er leidet seit mehreren Jahren an Zahnschmerzen rechterseits oben. Seit Ostern dieses Jahres leidet er an empfindlichen Schmerzen, die sich auf die Gegend des Jochfortsatzes der rechten Wange lokalisieren. Um die Schmerzen los zu werden, liess er sich vergeblich einen rechten hinteren Backenzahn ziehen. Zugleich mit den Schmerzen ist seit Ostern eine den Patienten sehr störende Kieferklemme vorhanden. Er liess sich noch längere Zeit ärztlich behandeln, suchte aber dann das Augusta-Hospital auf.

Status praesens: Wohlaussehender, mässig kräftig gebauter Mann. Die rechte Wangengegend erscheint ein klein wenig prominenter als die linke. Die Zahnreihen können nur minimal von einander entfernt werden. In der Gegend der Schleimhauttasche zwischen den Alveolarfortsätzen des Ober- und Unterkiefers der rechten Seite, mit dem Masseter fixiert und mit dem Unterkiefer verwachsen, findet sich ein kraterförmiges, übelriechendes, secernierendes Geschwür mit zerfallendem Grunde und aufgeworfenen, unregelmässigen Rändern. Dasselbe ist ungefähr 10-Pfennigstück gross, greift nach oben auf den Processus alveolaris des Oberkiefers über und reicht nach hinten bis zum Arcus palato-glossus. Oben fehlen die hinteren Zähne bis zum Eckzahn, unten ist der zweite Molarzahn vorhanden. Es sind mehrere geschwollene, bohnengrosse Submaxillardrüsen zu konstatieren.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein sehr zellenreiches, markiges, zum Zerfall neigendes Cancroid.

27. October Operation.

Es wird die Tracheotomia superior gemacht, die Trachea mit *Hahn*'scher Schwammcanüle tamponiert und ein Fadenschwamm in den Larynx gebracht. Dann wird ein Schnitt vom rechten Mundwinkel bis zum vorderen Ansatz des Masseter geführt und von da bogenförmig abwärts nach dem vorderen Rande des Sterno-cleido-mastoideus. Darauf wird die Wange gespalten und der Unterkiefer in der gedachten Schnittlinie durchsägt. Es wird dann die Umschneidung des Tumors, die Exstirpation desselben nach Abmeisselung vom Alveolarfortsatz des Oberkiefers und die Exartikulation des durchsägten Unterkieferstückes vorgenommen. Dann wird die *Highmor*'sche Höhle ausgeräumt, welche bis hoch hinauf von Tumormassen erfüllt ist. Es wird die Wundhöhle mit Jodoformmull tamponiert, welches zu dem hintern Ende des Weichteilschnittes hinausgeleitet wird. Von demselben Schnitt aus werden die geschwollenen Submaxillardrüsen exstirpiert. Die Hautwunde wird zum grössten Teil, die Wangenschleimhaut bis zum Defekt genäht, auch vom Munde aus wird Jodoformmull in die Schleimhautwunde eingeführt. Die Dauer der schwierigen Operation betrug $1^1/_2$ Stunde, die Blutung war mässig, die Tamponade funktionierte nicht vollkommen. Nach beendeter Operation wird am hängenden Kopf die Schwammcanüle mit einer mit Jodoformmull umwickelten gewöhnlichen vertauscht; dieselbe wird am andern Morgen entfernt.

29. October. Es ist Temperatursteigerung eingetreten. Der Puls ist kräftig, Anzahl 104—112. Die Atmung ist ruhig. Es hat sich mässige Bronchitis eingestellt. Die Wunden sind aseptisch. Es werden Inhalationen mit Thymol verordnet.

31. October. Es ist noch geringe Bronchitis vorhanden. Die Wunden sehen gut aus. Fieber ist nicht mehr vorhanden. Patient steht auf.

23. November. Das Befinden des Patienten ist ein gutes. Die äusseren Wunden sind geheilt. Die Mundhöhlenwunde granuliert rein und beginnt zu vernarben. Die Zahnreihen können fingerbreit von einander entfernt werden, stehen aber nicht ganz über einander, so dass Patient nicht ordentlich kauen kann. Derselbe wird mit Vorschriften entlassen.

Fall IV. Unger, Emilie, Werkmeisters-Frau, 64 Jahre alt, aufgenommen am 23. März 1889.

Anamnese: Patientin will früher stets gesund gewesen sein. Vor 6 Monaten bemerkte sie zuerst an der linken Wangenschleimhaut gegenüber einem spitzen cariösen Zahn eine kleine erbsengrosse Hervorragung. Dieselbe ist seitdem langsam, aber stetig gewachsen und in letzter Zeit geschwürig zerfallen, so dass Patientin, die früher nie Schmerzen gehabt, seit den letzten drei Wochen solche spürt. Geschwülste sind in der Familie der Patientin nicht vorgekommen.

Status praesens: Mässig kräftig gebaute Person, die für ihr Alter noch recht rüstig ist. Die inneren Organe, insbesondere Herz und Lungen sind nachweisbar nicht verändert. Auf der linken Wangen-

schleimhaut befindet sich ein 10-Pfennigstück grosses Geschwür mit wallartig aufgeworfenem Rande und infiltriertem Grunde. Das Ganze ist gegen die Wange leicht verschieblich. Das Geschwür ist von dem Zahnfleisch des Ober- und Unterkiefers gleich weit entfernt, ebenso von dem Mundwinkel und dem Kieferaste.

Operation am 24. März.

Es wird die Wange bis zum Kieferaste gespalten, das Geschwür umschnitten und exstirpiert. Nach Vernähung der Schleimhaut, was ohne wesentliche Spannung geschieht, folgt die Naht der äusseren Haut. Es wird ein resorbierbares Drainrohr eingeführt und ein passender Verband angelegt.

3. April. Patientin kann den Mund gut öffnen. Die Wunde ist bis auf die Drainöffnung geheilt. Patientin wird mit Vorschriften entlassen.

Mikroskopische Untersuchung: Cancroid. Man sieht Perlkugeln in der Tiefe des Gewebes und sehr zellenreiches Zwischengewebe.

Fall V. Hübener, Elisabeth, 63 Jahre alt, aufgenommen am 24. Mai 1889.

Anamnese: Patientin ist vor 6 Jahren öfters an der Zunge incidiert worden, will sie zuerst, nachdem sie sich mit einer Brotrinde verletzt hatte, an der rechten Wangenschleimhaut ein kleines Geschwür bemerkt haben, das ihr keine Schmerzen verursachte und seitdem nicht sehr gewachsen ist. Zähne sind nicht mehr vorhanden. In der Familie sind keine Geschwülste beobachtet worden.

Status praesens: Patientin von ziemlich gracilem Knochenbau und mässig entwickeltem Fettpolster

hat eine gesunde Gesichtsfarbe. Die Brust- und Bauchorgane zeigen normale Verhältnisse. In der Gegend der rechten Bucaltasche befindet sich in der Wangenschleimhaut ein 10-Pfennigstück grosses flaches Geschwür.

Die Operation wird am hängenden Kopf vorgenommen. Das Geschwür wird ohne Spaltung der Wange exstirpiert. Es wird der Defekt teilweise vernäht.

2. Juni. Im Munde befindet sich noch eine kleine granulierende Stelle. Der Mund wird normal weit geöffnet. Patientin wird als geheilt entlassen.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein Cancroid; in der Tiefe sieht man einzelne Epithelperlen.

Fall VI. Schulze, Gustav, Beamter, 57 Jahre alt, aufgenommen am 17. Januar 1890.

Anamnese: Patient hat seit längerer Zeit eine Unebenheit der rechten Wangenschleimhaut bemerkt, der er keinen Wert beilegte, da sie ihm keine Beschwerden machte. Vor acht Tagen bemerkte er aussen am Kinn eine Anschwellung, er consultierte einen Arzt, der ihm Aufnahme anriet.

Status praesens: Patient ist ein kräftiger, wohl aussehender Herr. An der rechten Seite des Halses befindet sich ein Submaxillardrüsentumor, am Kiefer fixiert, undeutlich fluktuierend und hart verwachsen. Im Munde sieht man ein flaches, jauchendes Geschwür der rechten Wangenschleimhaut, am Mundwinkel beginnend, die ganze Bucaltasche zerstörend. Das Geschwür reicht nach oben bis zum Oberkiefer, an dem es festsitzt, nach unten bis an die Umschlags-

falte der Schleimhaut des Processus alveolaris, nach hinten bis an den aufsteigenden Unterkieferast. Das Geschwür zeigt harte, aufgeworfene Ränder, es ist in toto gegen die Wange, jedenfalls gegen die äussere Haut verschieblich. Der Patient hat sehr schlechte Zähne.

Operation am 18. Januar.

Es wird eine Incision in den Submaxillardrüsentumor gemacht. Derselbe vereitert; eine haselnussgrosse zerfallene Lymphdrüse zeigt auf dem Durchschnitt carcinomatöse Infiltration. Es wird eine sorgfältige Ausräumung vorgenommen und die Wundhöhle mit Jodoformmull tamponiert. Darauf wird die rechte Wange gespalten, das Geschwür umschnitten und exstirpiert. Dann wird ein circa 12 cm langer und 5 cm breiter Hautlappen vom Halse her abpräpariert mit der Basis nach oben gegen die Parotisgegend. Derselbe wird nach vorn um einen ⌊ gedreht und mit seinem Ende in den hinteren Wangenwinkel an den Schleimhautrand und zum Teil an die Weichteile angenäht. Es wird die übrige Wunde tamponiert. Der grösste Teil des Hautdefektes am Halse lässt sich zusammenziehen und durch die Naht vereinigen.

25. Januar. Der Lappen wird durchtrennt und in die Wange eingenäht. Der Rest wird zurückgeschlagen und zum Ersatz des Hautdefekts am Halse benutzt. Dann wird die Wangenhaut genäht.

30. Januar. Es ist Gangrän des umgepflanzten Lappens eingetreten.

7. Februar. Der hinterste Zipfel ist in Markstückgrösse in der Bucaltasche eingeheilt und erhalten.

Die Wunde am Halse ist teilweise auseinander gegangen.

20. Februar. Die Wunde ist innen vernarbt. Der Mund wird normal weit geöffnet; die Halswunde wird mit Höllensteinsalbe behandelt. Patient wird mit Vorschriften entlassen.

Fall VII. Marc, Gustav, 85 Jahre alt, Bürgermeister aus Wildungen, aufgenommen in die Privatklinik zu Marburg am 12. Juli 1891.

Anamnese: Patient giebt an, früher immer kerngesund gewesen zu sein. Lues ist nicht vorhanden. Patient war nie starker Raucher. In der Familie des Patienten sind Geschwülste nicht beobachtet worden.

Status praesens: Grosser, kräftig gebauter Mann, der etwas senilen Marasmus zeigt, aber gesunde Hautfarbe hat und sich kräftig fühlt. Die inneren Organe, insbesondere Herz und Lungen, sind gesund. Seit zwei Jahren besteht zeitweise Harnverhaltung und ab und zu Haematurie. Die Prostata ist vergrössert. Patient klagt über ein Geschwür im Munde, das ihm zwar keine Schmerzen macht, aber im Essen behindert und durch Secretion schlechten Geschmack verursacht. Am Gesicht ist von aussen nichts Abnormes zu fühlen. Am Halse sind keine geschwollenen Drüsen zu konstatieren. Bei Betrachtung der Mundhöhle findet sich eine zweimarkstückgrosse, flachhöckerige, auf der ganzen Oberfläche ulcerierte Geschwulst, welche der linken Wange aufsitzt und fast die ganze Backentasche einnimmt. Die Farbe der Geschwulst weicht von der der Mundschleimhaut nicht sehr ab. Die Zähne sind zum Teil

ausgefallen, scharfe Zahnstummel sind nicht vorhanden. Die Mundschleimhaut ist durchweg normal, nirgends sind Epithelverdickungen oder weisse Flecke zu sehen.

Operation am 14. Juli.

In Narkose wird die linke Wange vom Mundwinkel aus quer bis über den Tumor hinaus gespalten, auseinandergezogen und hierauf die Geschwulst mit Schonung der äusseren Haut exstirpiert. Fast die ganze Wangenschleimhaut geht dabei verloren. Um die sekundäre Kieferklemme zu vermeiden, wird sofort folgende Plastik angeschlossen: Es wird aus der Wangenhaut ein Lappen gebildet mit unterer Basis dadurch, dass ein Schnitt geführt wird, der vor dem Ohrläppchen beginnend bis zur Mitte des Ohres aufsteigt, sich dann horizontal nach vorn wendet und dann wieder nach unten umbiegt, so dass er im Ende des queren Wangenschnittes ausläuft. Der so umzeichnete Lappen wird mit dem Unterhautbindegewebe lospräpariert, nach unten geklappt und dann durch den Wangenspalt so in die Mundhöhle hineingelegt, dass seine stumpfe Spitze mit dem hintern Rande des durch die Exstirpation entstandenen Schleimhautdefekts durch Nähte vereinigt werden kann. Es kommt also die äussere Hautfläche der Spitze des Lappens nach der freien Mundhöhle hin zu liegen, während sich seine wunde Fläche dem Grunde des Defekts der Wange anlegt. Unter den Stiel des Lappens wird ein Tampon geschoben, der vordere Teil der Wangenwunde durch provisorische Nähte bis zum Mundwinkel geschlossen und ein passender Verband angelegt.

16. Juli. Die Temperatur ist normal, das Befinden des Patienten ein gutes. Es wird der Verband täglich gewechselt.

24. Juli. Es ist keinerlei Störung eingetreten, niemals Temperatursteigerung. Es wird in Narkose der provisorisch vernähte Wangenspalt wieder geöffnet und es zeigt sich, dass der in die Mundhöhle hineingeklappte Teil des Lappens fest angeheilt ist. Der Stiel des Lappens wird quer durchtrennt, der Lappen ganz nach innen eingeschlagen, so dass er mit der Hautfläche nach der Mundhöhle zu sieht und der vordere Rand, welcher durch die Durchtrennung des Stieles entstanden ist, wird mit dem vorderen Teil des Schleimhautdefekts vernäht. Es werden einige Nähte durch den oberen und unteren Rand des Lappens gelegt, darauf folgt die Schliessung des Wangenspaltes und die vollständige Schliessung des äusseren Defekts durch Verziehung der Haut und Nähte ohne Spannung und ohne Entstellung. Verband.

4. August. Es werden alle Nähte entfernt. Es ist vollständige Heilung eingetreten bis auf eine Speichel secernierende Fistel vor der Mitte des Ohrs. Der kosmetische Erfolg ist ein sehr guter. Das Befinden des Patienten ist ein durchaus befriedigendes. Der Mund kann soweit geöffnet werden, dass die Zahnränder 1 cm klaffen.

8. August. Die Fistel secerniert nur noch bei Kaubewegungen etwas dünnflüssigen Speichel. Der Lappen ist vollständig erhalten und ringsum angeheilt.

10. August. Der Patient wird mit feiner, sehr wenig secernierender Speichelfistel entlassen.

VIII. Fall. Weidner, Max, Kaufmann, 31 Jahre alt, aufgenommen am 30. Juli 1883.

Dieser Fall wurde nicht in der Zeit von 1886 bis 1890, sondern schon früher im Jahre 1883 im Augusta-Hospital beobachtet.

Anamnese: Patient hat vor 2 Jahren Schanker und Tripper durchgemacht. Seit 5 Jahren hat er eine kleine Wunde im Munde, die er in Zusammenhang mit schlechten Zähnen bringt. Erst in den letzten Wochen ist das Geschwür rapide gewachsen, gerade während einer Schmierkur und bei Gebrauch von Jodkali. Patient hat auch viel mit Phosphor zu thun. Geschwülste sind in der Familie nicht beobachtet worden.

Status praesens: Patient von starkem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur, hat eine gesunde Gesichtsfarbe. Auf der Schleimhaut der linken Wange befindet sich ein thalergrosses Geschwür, im Zerfall begriffen, schmutzig aussehend mit harten, walligen Rändern und derber Umgebung. An der Aussenseite ist eine Stelle im Durchbruch begriffen. Der Tumor reicht bis circa 3 cm vom Kiefergelenk nach hinten. Unter dem Unterkiefer befindet sich links eine weiche geschwollene Drüse.

Operation am 1. August.

Das Geschwür wird aussen umschnitten und mit Erhaltung des Mundwinkels excidiert. Es wird die Schleimhaut, sodann die äussere Haut vernäht, wobei die Spannung eine nicht zu grosse ist. Die Drüse unter dem Unterkiefer wird excidiert, die Wundränder werden vernäht und ein Verband angelegt.

6. August. Die Wunde ist vollkommen geheilt, aber an der Aussenseite der linken Wange, circa 2 cm vom Mundwinkel entfernt, ist eine Speichelgangfistel, welche vorzugsweise beim Kauen reichlichen Speichel hervortreten lässt. Es wird mit einem feinen Troicart schief durch die Wange in den Mund hinein punktiert, die Aussenseite wird mit Jodoformcollodium bestrichen.

15. August. Patient wird mit vollkommener, resp. nur nach innen geöffneter Speichelfistel und ohne jegliches Recidiv entlassen.

Makroskopische Untersuchung: An der Innenseite der Wange befindet sich ein thalergrosses, ziemlich oberflächliches Geschwür mit infiltrierten Rändern und zerklüfteter Oberfläche. Das Gewebe der Wange ist bis zur Mitte mit dem Carcinom infiltriert.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein exquisites Cancroid mit Epithelperlen.

Was die Aetiologie der Wangenschleimhautcarcinome betrifft, so ist durch frühere Arbeiten sicher gestellt, dass Psoriasis bucalis gern in Carcinom übergeht. In der Inaug.-Dissert. von *M. Rothmann:* „Ueber die Leucoplacia lingualis et bucalis in ihrem Zusammenhang mit Carcinom“ wird auf die grosse Neigung der Leucoplacia in Carcinom überzugehen aufmerksam gemacht, und als bestes Mittel gegen erstere und den Uebergang in Carcinom die konsequente Cauterisation mit dem Paquelin empfohlen.

Nach *Reclus, M.:* Leucoplasie et cancroïde des muqueuses buccales et vaginales. Gazette des hôpitaux,

No. 74, welcher an der Hand von fünf Fällen die verschiedenen Stadien der Leucoplacia und des Cancroids der Mund- und Vaginalschleimhaut illustriert, sind die Psoriasis bucalis und das Carcinom absolut unabhängig von einander in Bezug auf ihre histologischen Verhältnisse und stehen nur dadurch in Relation, dass die psoriatischen Plaques durch den mit ihnen verbundenen Reiz die Entwicklung des Cancroids begünstigen.

Auch *Leloir, H.:* Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la leucoplasie buccale. Arch. de physiol. normale, No. 5, p. 86—106, ist der Ansicht, dass an den verhornten spröden Stellen der obersten Schicht häufig kleine Risse entstehen, infolgedessen die oberste Schicht durch Ulceration dekeratinisiert wird. Durch fortgesetzte Reizung der schlecht heilenden Risse treten papillomatöse Wucherungen und schliesslich Epitheliombildungen auf. *Leloir* hatte Gelegenheit, 6 solche Fälle zu beobachten. Auch *Oberst:* Deutsche medicinische Wochenschrift, XVI, 1890, p. 86: „Zur Behandlung der Wangenschleimhautdefekte" hebt in den beiden veröffentlichten Fällen von Wangenschleimhautcarcinom besonders hervor, dass in dem einen Fall ausgeprägte Psoriasis bucalis vorhanden war.

Schuchardt, K.: „Beiträge zur Entstehung der Carcinome aus chronisch entzündlichen Zuständen der Schleimhäute und Hautdecken", Habilitationsschrift, Halle, sagt in dieser Abhandlung: Für die Krebse der Zunge und Mundschleimhaut ist schon seit längerer Zeit darauf hingewiesen worden, dass sie sich gern an eine eigentümliche chronische Erkrankung der Schleimhaut anschliessen, die von den

Engländern Ichthyosis, von den Franzosen und Deutschen Psoriasis linguae resp. bucalis genannt wird. Bei Personen in den mittleren Lebensjahren, namentlich bei starken Rauchern, fängt die rote Schleimhaut der Zunge und Mundhöhle zuweilen an, milchig getrübt zu werden, selten diffus, meist in einzelnen Flecken und es bilden sich mehr oder weniger dicke, aus hornigen Epithelwucherungen bestehende Plaques. Diese Zustände können 30 Jahre und mehr ohne besondere Nachteile bestehen, mitunter bildet sich jedoch daraus ein Carcinom, welches zwar öfters im Beginn einen relativ gutartigen Verlauf zu nehmen scheint, schliesslich aber doch bösartig wird.

Wenn auch in den veröffentlichten acht Fällen keine Psoriasis bucalis vorhanden, so unterliegt es doch keinem Zweifel, dass Psoriasis bucalis manchmal in Carcinom übergeht und dass solches gern in der Nähe des Mundwinkels, aber auch an allen Stellen der Wangenschleimhaut seinen Sitz hat, dafür giebt unstreitig das Rauchen (Pfeife oder Zigarre) durch den damit verbundenen andauernden Reiz eine genügende Erklärung.

Unter den acht Fällen konnte einmal ein spitzer cariöser Zahn, einmal eine Verletzung der Wangenschleimhaut durch eine Brotrinde, in zwei Fällen der Reiz mehrerer schlechter Zähne eine Erklärung abgeben, während in den übrigen Fällen kein Moment für die Entstehung des Carcinoms angegeben.

Es möge noch besonders auf die Wangenschleimhautcarcinome aufmerksam gemacht werden, welche in der Tasche zwischen aufsteigendem Unterkiefer

und Oberkiefer ihren Sitz haben. Häufig ist diese Tasche Entzündungen ausgesetzt, wie solche durch cariöse Zahnstummel im Bereiche der hinteren Backzähne oder beim Durchbruch der Weisheitszähne hervorgerufen werden. Es schwillt die Schleimhaut, drängt sich zwischen die Zahnränder und ist nun durch die Bewegungen des Kiefers fortdauernden Reizungen und Verletzungen ausgesetzt. Aus diesem Grunde ist gerade die Bukaltasche häufig Sitz des Carcinoms, welches bei weiterem Umsichgreifen die Kieferbewegungen einschränkt und Sprechstörungen mit sich bringt. Wird dann das Carcinom entfernt, so entsteht nach Wegnahme der Schleimhauttasche das traurige Bild einer narbigen Kieferklemme.

Auf die verschiedenen Methoden, welche zur Beseitigung derselben gemacht wurden, will ich nicht näher eingehen. *Küster* schlägt vor, den Kieferast, eventuell bei sehr ausgedehntem Wangenschleimhautcarcinom das ganze Kieferstück vom Mundwinkel bis zum Gelenk zu resecieren. In den von mir mitgeteilten Fällen wurde diese Methode zweimal angewandt. Der eine Patient, 70 Jahre alt, starb nach 16 Tagen an Collaps, der andere 48jährige Patient genas. Die Entstellung, welche durch diese Operation hervorgerufen wird, ist nicht so gross, wie man meinen sollte; das Operationsfeld ist frei und übersichtlich, die Kauthätigkeit ist trotz des einseitigen Kaumuskelapparates eine genügende. Es bietet die Resektion des aufsteigenden Kieferastes manche Vorteile und ist diese Methode sehr zu empfehlen.

Zum Schlusse sei es mir gestattet,

Herrn Geheimrat Professor Dr. Küster

für die vielfache Unterstützung bei dieser Arbeit meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, *Rudolf Wulff*, evangelischer Confession, wurde am 20. April 1865 zu Wickede, Landkreis Dortmund, als Sohn des Gutsbesitzers *Heinrich Wulff* und seiner Frau *Eleonore*, geborene *Schulze-Sölde*, geboren. Den ersten Unterricht erhielt ich in meiner Heimath, besuchte die Rectoratsschule zu Asseln, die Gymnasien zu Dortmund, Emmerich und Attendorn. Nachdem ich in Attendorn zu Ostern 1886 das Maturitätsexamen bestanden, bezog ich die Universität Bonn, um mich dem Studium der Medizin zu widmen, besuchte vom nächsten Semester ab die Universität Marburg, woselbst ich am 25. Februar 1888 die ärztliche Vorprüfung bestand. Nach einsemestrigem Aufenthalt in München, woselbst ich vom 1. April 1888 bis zum 1. October 1888 meiner Dienstpflicht mit der Waffe beim Königlichen Bayrischen Infanterie-Leib-Regiment genügte, besuchte ich 2 Semester die Universität zu Berlin, kehrte dann nach Marburg zurück, wo ich am 15. Juni 1891 das medizinische Staatsexamen beendigte und am 10. Juli 1891 das Examen rigorosum bestand. Vom 1. October 1891 bis 1. April 1892 diente ich als Einjährig-Freiwilliger Arzt beim Infanterie-Regiment Nr. 56 zu Wesel. Seit 6 Wochen bin ich praktischer Arzt in Aplerbeck.

Meine akademischen Lehrer waren folgende Herren Professoren und Docenten: in Bonn: *Clausius †, Kekulé, Barfurth;* in Marburg: *Ahlfeld, Braun, Gasser, Goebel, Greeff, v. Heusinger, Hüter, Külz, Küster, Lieberkühn †, Mannkopff, Marchand, Melde, Rubner, Rumpf, Schmidt-Rimpler, Uhthoff, Zincke;* in München: *v. Nussbaum †;* in Berlin: *Busch, Fräntzel, Krause, Lewin, Lewinski, Leyden, Mendel, Olshausen, Veit.*

Allen diesen hochverehrten Herren meinen aufrichtigen Dank.